FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-89 N° 56

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA FIÈVRE PALUSTRE

A DÉTERMINATION PNEUMONIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24 JUILLET 1889

PAR

Jean-Albert ESTRADE

MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Pamiers (Ariège), le 29 avril 1865.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MORACHE,	professeur,	*président.*
LAYET,	professeur,	*juges.*
ARTIGALAS,	agrégé,	
DUBREUILH,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1889

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-89 N° 56

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA FIÈVRE PALUSTRE

A DÉTERMINATION PNEUMONIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24 JUILLET 1889

PAR

Jean-Albert ESTRADE

MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Pamiers (Ariège), le 29 avril 1865.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MORACHE,	professeur,	*président.*
LAYET,	professeur,	*juges.*
ARTIGALAS,	agrégé,	
DUBREUILH,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

M. MICE..... Professeur honoraire.

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	ORÉ.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCE.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle.. M. DE NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. méd. des enfants.	MM. RONDOT.	Clin. des mal. vénér.	ARNOZAN.
Clin. chir. des enfants.	PIECHAUD	Clin. des mal. ment..	N.
Accouchements.....	LEFOUR, agr.	Chimie.....	M. CARLES, agr.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MON ONCLE PAUL ESTRADE

A MES GRANDS-PARENTS

Faible témoignage de ma reconnaissance inaltérable.

A MES AMIS

A MES ANCIENS COLLÈGUES D'INTERNAT

dans les Hôpitaux de Toulouse.

A MES PREMIERS MAITRES

A mes anciens Chefs de service dans les Hôpitaux de Toulouse,

MESSIEURS LES DOCTEURS

ANDRÉ, BÉZY, DUPIN, GUILHEM, NOGUÈS

A MONSIEUR LE DOCTEUR GARNIER

Médecin de la Marine.

A MES MAITRES

à l'Ecole de Médecine navale de Rochefort.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RÉGIS

Hommage tout particulier de respectueuse reconnaissance.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR MORACHE

Directeur du Service de santé du 18e Corps d'armée, Professeur de Médecine légale,
Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Hommage de respectueuse reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA FIÈVRE PALUSTRE

A DÉTERMINATION PNEUMONIQUE

INTRODUCTION

Sous le titre de fièvre palustre à détermination pneumonique, nous rangeons la congestion et l'inflammation pulmonaires de cause exclusivement paludéenne.

Quoique vieille et fréquemment rebattue, cette question n'en est pas moins assez controversée et confuse pour justifier un effort tendant à en chercher la solution.

Une revue historique et critique de tous les travaux parus sur cette question depuis son origine jusqu'à nos jours s'imposait comme base première à cet effort, comme prélude aux faits personnels. Mais il ne nous appartenait pas de juger d'un passé de plusieurs siècles, émaillé de vives et savantes polémi-

ques, signé de noms glorieux, et nous nous en sommes tenu à un travail tout d'expérience personnelle et rien de plus.

A l'opinion qui tend à nier l'existence de manifestations pulmonaires de cause exclusivement paludéenne, nous opposons les faits cliniques recueillis au cours de nos études, étayés sur des lois scientifiques universellement acceptées et des conclusions affirmatives en faveur de la réalité de ces manifestations.

Heureux nous serons si celles-ci sont conformes à l'opinion et à l'expérience de nos juges, de nos maîtres et à celles de nos confrères des colonies appelés sans cesse à lutter contre les terribles effets de l'endémie palustre.

Nous sommes heureux que l'usage nous autorise à remercier publiquement nos maîtres dans les hôpitaux et dans les écoles. Que Monsieur le professeur Morache, notre président de thèse, reçoive tous nos remerciements pour la bienveillance qu'il nous a montrée en voulant bien accepter la présidence de cette thèse. Nous ne saurions également trop remercier Monsieur le Dr Garnier pour les renseignements qu'il nous a fournis au cours de notre travail.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Magister, sous-officier d'Infanterie de marine, âgé de 23 ans, a fait de nombreux séjours dans des milieux paludéens et a été atteint plusieurs fois de fièvre paludéenne. Premier séjour à Rochefort au début de son service militaire, à l'âge de 18 ans. Au sortir de ce milieu, séjour de 11 mois aux Nouvelles-Hébrides et, durant, accès de type septénaire. Ces accès le suivent jusqu'à son arrivée en France. A ce moment, au mois de mai 1888, il a un violent accès qui dure quatre jours; peu après le malade part en congé dans son pays natal, milieu très sain, et ces accès disparaissent. Revenu ensuite à Rochefort, il y fait à peine un séjour de 6 mois qu'il est encore la proie de nouveaux accès paludéens dont la violence nécessite son entrée à l'hôpital (octobre 1888).

Sorti peu après, il est atteint le 18 mars 1889 d'un accès très violent et très long et en outre, le 23, il ressent un point de côté à droite avec gêne respiratoire pour lequel il est envoyé le même jour à l'hôpital maritime : Etat général mauvais, facies terreux, anémie.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, le 24 mars, à 10 heures du matin, éclate un violent accès de fièvre avec frisson très intense d'une durée d'environ trois heures et une température de 39,7, pouls 118. Pendant cet accès, le point de côté augmente d'intensité, la respiration est très difficile. Crachats muqueux, finement striés de sang très rouge. Râles crépitants humides à la base et à droite à 0^{m} 05 environ en arrière du mamelon; vu les antécédents paludéens du malade, on lui administre 2 grammes de sulfate de quinine à prendre dans la nuit.

Le lendemain matin, 25 mars, rémittence : température, 38,2. En même temps le pouls est moins fréquent, la respiration relativement facile. A la percussion, on note bien de la matité à droite et en arrière, mais plus de râles crépitants, seulement de la respiration soufflante des deux côtés et surtout à gauche.

A deux heures de l'après-midi, nouvelle exacerbation fébrile toujours avec frisson et fréquence du pouls; en même temps on voit, mais plus accentués, tous les phénomènes qui accompagnaient le premier accès : râles crépitants, humides, gros râles soufflants, souffle tubaire à droite; à gauche, respiration très soufflante; point de côté très intense, respiration très difficile. Il n'y a pas de douleur du côté de la rate. Sulfate de quinine, 1 gr. 50; potion avec extrait de quinquina, 2 gr.

26 mars : A quatre heures du matin, l'accès a presque disparu et avec lui tous les symptômes qui se manifestaient pendant le deuxième paroxysme. A huit heures du matin, température : 37,6. La respiration est facile ainsi que la toux; plus de râles crépitants, seulement quelques râles soufflants à la base et à droite et une respiration puérile à gauche, des crachats rouillés, visqueux et adhérents au vase.

Le 26 au soir, nouvelle poussée (38°) pulmonaire, qui cesse le lendemain matin (37°); sulfate de quinine 1 gr. 50.

Dès ce moment, du 27 au 30, le calme est parfait, la température est successivement :

Le 27	mars,	matin :	37°;	soir :	37°.
28	»	»	37,5;	»	37,2.
29	»	»	36,5;	»	37,2.
30	»	»	37°.		

En même temps, les symptômes physiques et fonctionnels du côté des organes thoraciques ne présentent rien d'anormal, sauf quelques crachats rouillés, reliquat évident de la poussée précédente.

Mais le 30 mars au soir, nouvel accès accusé par des frissons et une température de 38,4. Pendant cet accès, un point de côté se manifeste non plus

à droite mais à gauche; il y a un point splénique et la rate semble alors hypertrophiée.

Ce point douloureux rend la respiration très pénible. Les crachats rouillés ont disparu à ce moment pour faire place à des crachats striés de sang très rouge, comme les crachats du début. Rien de particulier du côté des poumons, sauf un peu de submatité à droite et un peu de respiration soufflante. Sulfate de quinine, 1 gr. 50.

Le 31, au matin, amendement de tous les symptômes. Température : 37°; soir : 37,7.

Le 1er avril, au matin, apyrexie. Le soir, nouvel accès (38,6), accompagné des mêmes phénomènes que pendant le précédent. Il est traité de même et dure jusqu'au lendemain. A partir de ce moment plus d'accès, plus de phénomènes thoraciques anormaux.

Température :	2 avril,	matin :	37° ;	soir :	37,1.
»	3	»	»	36,6 ;	»	37,5.
»	4	»	»	36,4 ;		

Le 4 avril la respiration est libre, normale, il n'y a plus de toux, plus de crachats; mais il persiste un peu d'hypertrophie de la rate. Le malade sort de l'hôpital.

Cette observation se résume aux considérations suivantes :

Sujet paludéen par le fait de séjours prolongés dans des milieux paludéens, présentant après de nombreux accès ordinaires :

1° De longs accès intermittents et quartes : un premier à l'état rémittent et durant trois jours (24, 25, 26 mars), un second à l'état intermittent (30, 31 mars, 1er avril) séparés par une période apyrétique de 3 jours (27, 28, 29 mars), accès traités et guéris par la quinine;

2° Des phénomènes pulmonaires, congestifs et inflamma-

toires subordonnés à la marche des accès, affectant comme eux une marche intermittente et quarte. Deux poussées durant trois jours chacune : la première, les 24, 25, 26 mars, rémittente, la deuxième, intermittente les 30, 31 mars et 1er avril séparées par une période décongestive de 3 jours, améliorées chaque fois et finalement guéries par la quinine et rien de plus.

OBSERVATION II (personnelle).

Horio, 19 ans, né à Lisieux (Calvados), tient garnison à Rochefort depuis janvier 1889, soit environ deux mois.

Depuis le 1er mars 1889, il est un peu enrhumé. Le 7 mars 1889, de deux heures de l'après-midi à sept heures du soir, il présente un premier accès de fièvre paludéenne avec frissons de trois quarts d'heure; pendant le reste du temps et pendant toute la durée de l'accès douleur à la rate. Traitement : sulfate de quinine, 1 gr.

Le lendemain 8 mars, à trois heures environ, le malade ressent avant l'heure de l'accès précédent un point de côté léger siégeant un peu en arrière du mamelon gauche, il expectore quelques crachats rouillés; puis à la même heure que la veille survient un nouvel accès identique au précédent avec quelques crachats plus rouillés, plus muqueux et adhérents au vase; le point de côté s'exagère; à ce niveau l'auscultation révèle quelques râles soufflants avec des râles crépitants et humides. La respiration est très pénible, le pouls très fréquent. Traitement : vésicatoire *loco dolenti;* Sulfate de quinine 1 gr. 50 à prendre après l'accès consécutivement.

Dès le 9 mars au matin s'accuse une légère défervescence qui engage à la continuation de la thérapeutique quinique; et de fait la quinine étant prescrite chaque jour, on voit la température baisser de plus en plus matin et soir tout en restant plus élevée le soir, si bien que le 12 au matin, la température est normale. Qu'on en juge par les relevés thérapeutiques.

Le	8	mars,		au soir :	40,5.
	9	»	matin, 37,8;	»	39°.
	10	»	» 37,8;	»	38,3.
	11	»	» 37,3;	»	37,5.

En même temps que cette défervescence fébrile, on constate : la disparition graduelle des crachats rouillés, des râles crépitants et du point de côté. Il ne persiste que quelques crachats muqueux, une respiration soufflante des deux côtés, à gauche surtout, au niveau de la zone de matité correspondant au point de côté. Devant ce mieux le traitement quinique est diminué et porté à 1 gr.

Mais le 12 mars, à quatre heures du soir, nouvelle poussée fébrile (39,5) moins forte toutefois que la première. En même temps que cet accès réapparaissent dans le poumon des râles crépitants, secs, fins et une exagération du souffle respiratoire. Rien par ailleurs. Le traitement quinique est augmenté et porté à 1 gr. 50 consécutivement.

Dès le lendemain la fièvre (37,9) et les symptômes thoraciques disparaissent; c'est le dernier effort du paludisme vaincu, car le malade sort de l'hôpital huit jours après, le 20 mars, en ne présentant qu'un peu d'hypertrophie de la rate et un teint terreux sans avoir la moindre manifestation fébrile et pulmonaire.

Températures après le deuxième accès :

13	mars,	matin :	37°;	soir :	37,3.
14	»	»	37,3;	»	37,5.
15	»	»	36,9;	»	37,3.
16	»	»	36,5;	»	37,1.
17	»	»	36,5;	»	36,3.
18	»	»	36,5;	»	37°.
19	»	»	36,5;	»	37,3.
20	»	»	36,5;	»	37°.

Cette observation se ramène en résumé aux points suivants :

Chez un sujet habitant un pays paludéen survient :

1° Des accès paludéens, avec fièvre, chaleur, sueurs, sous forme de deux poussées fébriles, l'une de cinq jours (du 7 mars au 12 au matin) à marche rémittente; l'autre d'un soir (12 mars au soir) justiciables toutes les deux de la quinine qui améliore peu à peu la première jusqu'à la température normale et guérit d'emblée la seconde. Les accès n'ont été séparés que par une période apyrétique de quelques heures.

2° Des manifestations pneumoniques (crachat rouillés, râles crépitants, points de côté) subordonnées quant à leur marche à celle des poussées fébriles et au traitement quinique; c'est-à-dire atteignant leur maximum d'intensité au début de la première poussée fébrile, allant en décroissant pendant cinq jours jusqu'à disparition presque absolue sous l'influence de la quinine, réapparaissant avec la deuxième poussée fébrile et comme elle durant une soirée et disparaissant d'emblée pour toujours sous l'influence d'une nouvelle dose de quinine.

OBSERVATION III (personnelle).

Cuiric, âgé de 28 ans, né à Saint-Per (Loiret), a fait ses dernières années à Diego-Suarez de Madagascar, un séjour de 46 mois pendant lequel il a contracté et présenté de fréquents accès de fièvre paludéenne du type rémittent. De retour en France et à Rochefort, pays paludéen, ceux-ci affectent la forme continue à paroxysme matinal et nécessitent l'entrée à l'hôpital le 5 mars 1889.

L'état général de cet homme est mauvais, son teint ictérique, cachectique; il y a du ballonnement du ventre, une rate hypertrophiée et très douloureuse à la pression.

Le soir de son entrée à l'hôpital, à 8 heures, il est pris d'un frisson

violent qui dure deux heures. A ce frisson succèdent une chaleur intense (T. 40,8), un surcroît de splénalgie et un point de côté très douloureux au niveau de l'angle de la sixième côte droite. On note en même temps : toux fréquente sans expectoration. A l'auscultation : respiration rude aux deux sommets, râles crépitants au point douloureux à droite et en arrière; dyspnée légère; mouvements respiratoires et cardiaques accélérés; pouls dépressible.

Le lendemain, 6 mars, la fièvre continue toujours quoique moindre que la veille (Tm. 39,6 et soir 39,7). Les mêmes phénomènes stéthoscopiques persistent et, en outre, l'expectoration commence striée de sang rouge cerise. On prescrit 1 gr. de sulfate de quinine.

Néanmoins le 7 mars, pas d'amélioration; la température est toujours élevée : Tm. 40,2 ; soir 39,9. Les crachats sont alors rouillés, très visqueux et adhérents au vase. Les organes thoraciques sont toujours le siège de phénomènes inflammatoires. On maintient toujours la quinine. Sous son influence, les 8 et 9 mars la fièvre diminue quelque peu (8 mars, Tm. 39,6; 9 mars, Tm. 39,5).

Toutefois on constate des râles crépitants, très forts dans toute l'étendue du poumon droit et surtout au sommet en arrière et au niveau du mamelon droit. La respiration est très accélérée, les crachats sont toujours rouillés.

Mais la quinine ayant été maintenue à 1 gr. dans la nuit du 6 au 10, après l'administration de cet alcaloïde, la fièvre est tombée brusquement (T. 37,8). En même temps le point de côté et la dyspnée ont diminué, la toux s'est calmée, les crachats sont muqueux sans stries sanguinolentes, les râles crépitants ont fait place à des râles muqueux. Le sulfate de quinine est maintenu à la dose de 1 gramme.

Consécutivement, le soir du 10, l'amélioration s'accentue davantage (T. 37,6) et plus encore le 11. Alors la température est normale (Tm. 37,1; s. 37°). On ne constate guère que quelques ronchus dans le poumon droit et à gauche un peu de respiration soufflante; le point de côté a disparu.

Mais la rate reste hypertrophiée et douloureuse comme un témoignage de la profonde impaludation du sujet et un avertissement pour l'avenir;

aussi on maintient la quinine. Et de fait, à cet amendement subit de tous les symptômes succède une nouvelle poussée fébrile et pulmonaire; mais cette fois elle est légère et de peu de durée comme le témoigne le relevé thermométrique.

Le 12 : Tm. 35,5; Ts. 37,3.

Le 13 : Tm. 37,1; Ts. 37,8.

Le 14 : Tm. 37,6; Ts. 37,7.

Le 15 : La défervescence a lieu. Tous les phénomènes anormaux physiques et fonctionnels des poumons ont disparu; il reste seulement encore de l'hypertrophie de la rate, une teinte cachectique et de l'anémie pour lesquelles le malade est traité après sa sortie de l'hôpital par la quinine, le quinquina et les toniques.

En résumé, chez un sujet atteint de cachexie paludéenne (teinte ictérique, anémie, météorisme, splénalgie, hypertrophie de la rate, accès fébriles) de retour d'un long séjour dans un milieu paludéen, on note à deux époques différentes du 5 au 10 mars d'abord, puis du 12 au 15 mars et simultanément chaque fois, deux poussées fébriles avec frissons, chaleur, exagération de la splénalgie... et deux poussées pneumoniques avec râles crépitants, crachats rouges et rouillés, point de côté...

Du 10 au 12 mars, période de calme parfait; puis enfin, après la deuxième poussée, la disparition de tous les symptômes pyrétiques et pulmonaires sous l'influence continue de la quinine.

En un mot accès paludéens pneumoniques intermittents justiciables de la quinine.

OBSERVATION IV (personnelle).

Masseny (Félix), caporal au 6e de ligne, en garnison à Rochefort depuis sept mois, en traitement à l'hôpital militaire depuis le 8 février 1889 pour hernie inguinale réduite, est pris subitement dans l'après-midi du 21 février d'un frisson violent d'une durée de quatre heures avec point de côté à droite et au-dessous du mamelon et peu après chaleur intense. Ces symptômes ayant disparu dans la nuit, le malade ne s'en inquiète pas outre mesure et le lendemain matin n'en fait point mention, se lève, mange comme de coutume.

Mais vers midi, plus tôt que la veille, il est repris de frissons violents, de points de côté, se recouche et avertit le médecin de garde qui constate alors une température de 40° 5. A l'auscultation : souffle à droite et en arrière, respiration puérile à gauche; tout disparaît dans la nuit. Mais dès le lendemain 23 février vers huit heures, plus tôt que la veille et l'avant-veille, fièvre, point de côté, souffle, réapparaissent accompagnés de quelques râles crépitants à droite ; et malgré l'administration de 50 centigr. de quinine donnés à tout hasard en pleine visite, c'est-à-dire en plein accès, ces manifestations fébriles et pulmonaires s'accentuent dans l'après-midi et plus encore dans la soirée, et l'on voit apparaître vers quatre heures une température de 38° 4. Peu après une expectoration assez abondante de crachats sanguinolents, rosés ; mais non adhérents au vase. Dans la nuit qui suit, avec une température de 40° 9 apparaît une douleur assez forte pour arracher au malade des cris au moindre mouvement et nécessite une injection de morphine.

Au matin et dans l'après-midi du 24, ces manifestations s'amendent (température, matin 38°6) et finalement à quatre heures du soir elles ont cessé d'être (température 37°). Alors la douleur splénique, le point de côté sous-axillaire, le souffle ont disparu.

Administration de sulfate de quinine à la dose de 1 gramme le 25 et 0gr 75 le 26. Potion avec extrait de quinquina.

A partir de cette date la température reste au-dessous de normale ; la douleur splénique, le point de côté sous-axillaire, le souffle, les râles ne réapparaissent plus, seuls les crachats persistent encore jusqu'au 26 avec assez d'abondance, avec la teinte sanguinolente, rouillés et la consistance visqueuse.

Mais dès le 26, avec l'aide d'un émétique, ils perdent ees caractères, redeviennent simplement rosés et finalement, le 2 mars, ils sont muqueux, nullement visqueux ni colorés.

A ce moment, anémie, faiblesse, quoique l'appétit renaisse. Le malade est mis exeat le 3.

En somme, chez un homme habitant un milieu paludéen : accès paludéen avec déterminations pneumoniques consistant primitivement en point de côté, souffle, involontairement méconnus et non traités ou traités tardivement par la quinine les 21, 22 et 23 février, s'accentuant le 23, du fait de cette négligence (température hyperpyrétique, crachats sanguignolents, rosés, puis rouillés et adhérents au vase..), mais cédant à la suite d'un surcroît de quinine donné dans la soirée du 23 et le 24 matin. Les produits de l'inflammation pulmonaire ont été éliminés mécaniquement peu à peu avec l'aide d'un émeto-cathartique.

OBSERVATION V

(Due à M. le médecin en chef Maisonneuve et rapportée par M. le Dr Cornibert, thèse de Paris 1872).

18 avril 1869. Le nommé B..., âgé de 22 ans, soldat au 3e régiment d'Infanterie de marine, entre le 18 avril à l'hôpital. Malade depuis 2 jours, il a ressenti le 16, à 10 heures du matin, un frisson initial auquel a succédé un mouvement fébrile continu. Le lendemain, apparition d'un point douloureux à la base de la poitrine du côté droit. A son entrée, le malade présente un pouls à 92, sans grand développement, une température de 40°, une respi-

ration à 36. Coloration vive de la pommette du côté droit, matité à la percussion au niveau des deux lobes inférieurs du poumon droit, absence complète du bruit respiratoire dans la même étendue, râles crépitants très fins au niveau supérieur de la matité, pas de souffle.

La langue est chargée. Une selle régulière hier au soir.

Prescription : Bouillon, quart de vin, infusion de tilleul, loch blanc.

A la visite de ce soir, le pouls est à 92, la respiration à 36, la température à 40,6.

19 avril : Visite du matin. Pouls à 76, respiration plus calme à 24, température à 39°. La matité et les râles crépitants notés hier ne sont pas perçus.

Visite du soir. Le point de côté est plus prononcé, il est situé sous le mamelon. Les signes stéthoscopiques ont reparu, l'expectoration qui était rare au début offre un certain degré de coloration. Le pouls est à 120, la respiration à 39, la température à 41,3.

20 avril : Pleine moiteur. Température 38,4, pouls 76, respiration 20. Soir : Pouls 76, température 37,3, respiration 24.

Prescription : Soupe, quart de vin, sulfate de quinine 1 gr. 50 en trois doses (faite à la visite du matin).

21 avril : Pouls à 100, respiration 32 ; le malade a éprouvé quelques frissons dans la soirée précédente ; un peu de diarrhée, même prescription.

Visite du soir. Pouls à 80, température 40°, respiration 28.

22 avril : Moiteur générale, langue très sèche, trois selles liquides, ventre souple, pas de douleur à la pression. Respiration accélérée, gros râles muqueux des deux côtés de la poitrine. Pouls à 84, température à 39°, respiration à 24.

Prescription : Bouillon, quart de vin, limonade, sulfate de quinine 0,80.

Visite du soir. Pouls à 70, température 38°, respiration 24.

23 avril : Pouls 58, température 37,2, respiration 22.

Prescription : le quart, houblon, vin de quinquina.

24 avril : Pouls à 52, température à 36,4, respiration 20.

A partir de ce jour la convalescence s'établit et le malade sort complètement rétabli de l'hôpital le 18 mai.

II

DISCUSSION DES FAITS

Trois points sont à démontrer dans les faits qui précèdent :

1° Le caractère congestif et inflammatoire des manifestations pulmonaires;

2° Leur nature paludéenne;

3° Leur différenciation d'avec la pneumonie franche et la pneumonie à poussées successives de certains auteurs (Jaccoud, Bertrand).

I. Caractère congestif et inflammatoire de ces manifestations.

Le caractère congestif et inflammatoire des manifestations pulmonaires dont nous rapportons les observations ressort d'un ensemble de signes universellement reconnus comme pathognomoniques de ces affections. Ces signes sont, suivant le cas : le point de côté, la submatité ou la matité révélées par la percussion ; à l'auscultation, le souffle rude, les râles crépitants et enfin l'expectoration sous forme de crachats rouge vif ou rouillés.

La différenciation que nous avons faite d'après les faits entre les états congestifs et inflammatoires se base sur une différence d'intensité dans les symptômes : la simple congestion étant caractérisée par une submatité et un souffle à peine marqués, des crachats d'un rouge vif; l'état inflammatoire au contraire

par une submatité ou même de la matité très sensible, un souffle rude et quelquefois tubaire, des râles crépitants et par-dessus tout enfin des crachats rouillés caractéristiques.

Tantôt chaque ordre de symptômes existe isolément, tantôt au contraire les deux ordres de symptômes se succèdent chez le même sujet. Dans le premier cas il n'y a que congestion, dans le deuxième, l'inflammation a suivi la congestion; l'affinité entre les deux étant grande, la différence clinique très souvent minime est réduite à une question d'intensité.

Chez tous nos malades observés l'état inflammatoire a été précédé de l'état congestif pendant un temps plus ou moins long. Notons seulement que chez le malade de l'observation IV la congestion a été de très longue durée.

Quant à insister sur la valeur diagnostique propre à chacun de ces signes, cela nous semble superflu; elle est universellement reconnue par tous les auteurs réputés classiques (Grisolles, Jaccoud, Peter, Potain, Dieulafoy, Laveran, etc.). De ce seul fait cette valeur s'impose.

II. **Nature paludéenne de ces manifestations pulmonaires.**

De l'avis de tous les auteurs les plus autorisés en la matière (et tout particulièrement Maillot, Grisolles, Jaccoud, Collin, Maurel, Corre, Kelsch et Kiener, Laveran, Dutrouleau), le diagnostic général de l'état malarien repose sur quatre ordres d'éléments étiologiques, symptomatiques, thérapeutiques et anatomiques. Ne possédant point de données anatomiques sur les cas qui font le sujet de ce travail, nous bornons notre diagnostic à l'interprétation des trois autres ordres d'éléments.

1° Eléments étiologiques.

Ces éléments sont, toujours d'après les auteurs précités, « le séjour des malades dans un milieu endémique, dans certaines localités particulièrement renommées pour la constitution marécageuse de leur sol, ou leur exposition sous le vent de terre détrempée; l'apparition des manifestations premières au cours des saisons où les fièvres prédominent habituellement, ou de circonstances accidentelles qui favorisent le dégagement des émanations telluriques et leur réceptivité par l'organisme (défrichements, sommeil au voisinage des marais, courses à jeun et au soleil en pays palustre, etc., etc.) » (Corre).

Un ou plusieurs de ces éléments étiologiques interviennent-ils dans les cas exposés plus haut? Telle est la forme sous laquelle se présente pour nous le problème étiologique.

Tout d'abord, les Nouvelles-Hébrides (obs. I), Diego-Suarez de Madagascar (obs. III), Rochefort dans tous les cas, tels sont les milieux dans lesquels a été contracté ou s'est développé l'état paludéen de nos malades. Or, il nous semble superflu d'insister sur le caractère essentiellement maremmatique de ces milieux, de nombreux et remarquables écrits de nos collègues de la marine en attestent outre mesure, sans qu'il soit nécessaire de relater ici les nombreuses pages qui y ont trait.

Partout, en résumé, cette constitution trouve sa raison d'être dans la triple association de la chaleur, de la terre, de l'eau, portée ici (Nouvelles-Hébrides, Madagascar) à son maximum, là (Rochefort) à un moindre degré de nocivité, aidée dans tous les cas de l'influence des vents.

Partout aussi le paludisme y prédomine sous des masques variés au milieu des autres endémies, quoique toutefois avec des différences d'intensité et de forme suivant les climats.

Ce qu'il importe aussi de faire ressortir, c'est le temps pendant lequel nos sujets ont vécu au sein de ces milieux et leur passage de l'un à l'autre. Le malade de l'observation I, âgé de 23 ans, a passé depuis l'âge de 18 ans, 11 mois aux Nouvelles-Hébrides et le reste du temps à Rochefort; c'est aux Nouvelles-Hébrides qu'il a contracté les fièvres. Le séjour d'Horio (jeune soldat) (obs. II) dans des milieux paludéens n'est pas aussi long puisqu'il n'est à Rochefort que depuis deux mois. Cuiric (obs. III) a fait un séjour de 46 mois à Diego-Suarez où il a contracté les fièvres à type rémittent présentant le type continu dès son arrivée à Rochefort. Enfin le malade de l'observation IV est en garnison à Rochefort depuis 7 mois.

Partout donc ce séjour a été assez prolongé pour justifier l'imprégnation malarienne de nos sujets.

Il est enfin une condition bien propre à démontrer cette étiologie malarienne, c'est le défrichement d'un sol marécageux de Rochefort au moment où nos sujets y ont présenté leurs manifestations pulmonaires. La construction de nouveaux bassins sur les bords marécageux de la Charente et aux portes de la ville, et non loin des casernes était la cause de ces immenses défrichements et, il faut le dire aussi, en ce moment les manifestations malariennes étaient beaucoup plus fréquentes chez les habitants des faubourgs en général et du voisinage de ces bassins en particulier.

2° *Eléments symptomatiques.*

« Des accès antérieurs bien caractérisés commandent toujours une grande prudence vis-à-vis de symptômes fébriles, rémittents ou continus, se développant en localité malarienne ou après l'abandon d'une localité malarienne..... » Tel est,

d'après Corre, le premier élément symptomatique auquel il faille attacher de la valeur.

Or, c'est un fait patent que cette préexistence d'accès chez quelques-uns de nos sujets atteints de pneumonie. L'un, Magister (obs. I), a été, avons-nous dit, atteint plusieurs fois de fièvre paludéenne; d'abord au sortir d'un milieu paludéen, Rochefort, dans un autre milieu paludéen, les Nouvelles-Hébrides ; puis au sortir de ce second milieu pendant sa traversée de retour en France ; enfin dans le premier milieu, Rochefort, où son service l'a de nouveau conduit et où il présente immédiatement après de nouveaux et violents accès, sa pneumonie paludéenne.

N'y a-t-il pas là une ténacité et une succession d'accès vraiment surprenantes et bien propres à éveiller l'attention sur l'origine paludéenne de la pneumonie qui les suit immédiatement ? Elle en est comme l'aboutissant, le dernier effet des efforts réitérés de l'intoxication malarienne.

Un autre encore, Cuiric (obs. III), a présenté d'abord dans un milieu éminemment paludéen (Diego-Suarez de Madagascar), des accès paludéens de type rémittent, puis au sortir de ce pays, dans un autre milieu maremmatique, quoique à un moindre degré, des accès de formes continues révélant déjà une profonde intoxication qu'accusent encore davantage son état général, son teint ictérique, l'hypertrophie et la douleur spléniques. Et c'est aussi à ce moment suprême que l'on voit apparaître comme une manifestation plus bruyante, la pneumonie.

Quant aux deux autres sujets ils n'ont point, il est vrai, présenté antérieurement à leur pneumonie des accès paludéens, mais nous verrons plus loin que c'est moins un fait isolé que l'ensemble qui conduit au diagnostic, et que l'absence de l'un ne saurait infirmer la valeur des autres.

« La périodicité, poursuit Corre, est un signe diagnostique

de haute valeur. Cependant on ne saurait oublier qu'elle se rencontre en des maladies étrangères au paludisme ».

Nous avons à la fin de chaque observation (la 5me exceptée) fait ressortir que tel était le caractère des manifestations fébriles et pneumoniques présentées par nos sujets. Un simple coup d'œil jeté sur elles et sur les tracés qui s'y rapportent permet d'en saisir toute la réalité. Nous avons dit des manifestations fébriles et pneumoniques : autrement dit, cette périodicité n'est pas le fait propre de l'état fébrile en particulier, mais est commune à cet état et à la pneumonie; ils semblent à ce titre inséparables.

Le résumé qui suit chaque observation nous montre en effet : 1° que les accès ont été, ici (obs. I, II, III,) intermittents, la période apyrétique durant trois jours (obs. I), deux jours (obs. III) ou quelques heures (obs. II), là rémittents (obs. IV), la période fébrile durant trois jours (type quarte) (obs. I), et six jours (obs. III) deux jours et un jour (obs. II) et deux jours (obs. IV); 2° que les manifestations congestives et pneumoniques aient été subordonnées quant à leur marche à celle des accès, affectant comme eux une allure intermittente ou rémittente (obs. IV) sous forme de poussées pulmonaires séparées par une période décongestive ou de calme et correspondant exactement en date et en durée, les poussées aux accès fébriles, les périodes de calme aux périodes d'apyrexie.

S'il est vrai maintenant que la périodicité se rencontre dans des maladies étrangères au paludisme, cela n'infirme point la valeur de cette périodicité dans le paludisme, surtout quand à cette périodicité s'ajoutent d'autres caractères bien propres à en révéler la véritable nature. Encore une fois c'est de l'ensemble des faits que découle le diagnostic.

Toujours d'après Corre : « Les modalités de l'accès offrant 3 stades bien distincts, une évolution thermique rapide, une

ascension brusque, jusqu'à un chiffre très élevé, suivie d'une descente non moins brusque, sans plateau intermédiaire et jusqu'à un chiffre ordinairement sous-normal, sont en quelque sorte pathognomoniques. Mais tous les accès palustres ne sont pas aussi francs ni aussi complets ».

A tous ces titres nos observations sont vraiment pathognomoniques ; les 3 stades de frisson, de chaleur et de sueur ou 2 de ces stades ont été toujours très nets ; en outre, un simple coup d'œil jeté sur les tracés permet de saisir immédiatement la rapide évolution thermique de quelques heures au plus, l'ascension brusque jusqu'à des chiffres de 40,5 et 39,5 (obs. II), 40,6 et 40,2 (obs. III), 39,6 et 40° (obs. I), 40,5 et 40,9 (obs. IV), la descente non moins brusque sans plateau intermédiaire et jusqu'aux chiffres sous-normaux de 36,5 (obs. I), 36,5 (obs. II), 36,5 et 36° (obs. IV).

Mais ce qu'il est surtout important de remarquer, c'est que ce n'est pas seulement à l'état fébrile que s'adressent ces considérations, c'est aussi à l'état pulmonaire, aux poussées congestives et inflammatoires. Ici encore celles-ci sont inséparables de l'état fébrile et en suivent toutes les allures, preuve irréfutable de leur communauté d'origine et de leur nature essentiellement paludéenne.

III. Eléments thérapeutiques.

D'une manière générale le traitement quinique est la pierre de touche des affections malariennes ; mais il échoue parfois et précisément dans les formes où il serait le plus intéressant de posséder un critérium diagnostique fourni par la médication. Tous nos malades ont été traités par la quinine, et chez tous elle nous a donné d'excellents résultats, chez notre malade de l'observation IV principalement.

Nous n'eussions certainement pas songé à traiter notre malade n° 4 par la quinine si à ce moment même nous n'avions constaté dans l'hôpital d'autres cas de pneumonies reconnues paludéennes par l'examen étiologique et symptomalogique. Ce malade en effet n'avait pas d'antécédents malariens, mais les poussées brusques et répétées à un jour d'intervalle, le milieu malarien dans lequel il se trouvait nous ont fait penser à une affection malarienne. Nous avons administré la quinine à haute dose et elle nous a donné des résultats vraiment surprenants. C'est donc l'élément thérapeutique qui nous a servi dans ce cas confirmer notre diagnostic.

En résumé, il n'existe pas de caractère isolément susceptible d'établir avec certitude la nature palustre d'une affection; mais il y a un ensemble de données qui, se prêtant un mutuel appui, conduisent au diagnostic dans l'immense majorité des cas. Ce n'est pas un fait à relever exclusivement à propos du paludisme, aucune affection, pas même la dothiénentérie, ne possède de caractères absolument constants. A côté de l'impaludisme, il y a surtout des impaludiques; à côté de la pathologie il y a aussi et surtout la clinique.

III

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA PNEUMONIE PALUSTRE D'AVEC : 1° LA PNEUMONIE ORDINAIRE ; 2° LA PNEUMONIE A REPRISES DE JACCOUD (*ou à poussées successives de Bertrand.*)

1° Nous n'insisterons pas longtemps sur le diagnostic différentiel de la pneumoine palustre d'avec la pneumonie ordinaire, il n'est guère possible de confondre ces deux formes, lorsque surtout la pneumonie palustre affecte le type intermittent. Mais la malaria, dès sa première manifestation pneumonique, et chez un sujet robuste, peut être confondue, au début, avec la pneumonie lobaire ou lobulaire, qui souvent commence par des frissons intenses. « Au cours de l'une et de l'autre maladie, la marche de la température est parfois identique. Il est même remarquable que, dans les fièvres intermittentes pneumoniques, la tuméfaction et la sensibilité de la rate semblent faire défaut (ce que Saillard explique par la dérivation de l'état fluxionnaire sur le poumon) ». Un fait digne de remarque c'est que chez tous nos malades la douleur splénique apparaissait dans les intervalles apyrétiques.

Dans les formes continues il faudra donc tenir un grand compte de l'élément étiologique qui seul pourra éclairer le diagnostic. Nous n'insisterons pas sur les formes intermittentes, qui ne peuvent être confondues qu'avec les formes à poussées successives ou à reprises de Bertrand, Jaccoud.

Corre s'exprime ainsi dans son traité sur *Les maladies des pays chauds* : « La pneumonie palustre offre des caractères

particuliers qu'elle ne doit pas seulement à la nature propre de l'infection déterminante ou connexe, mais encore à l'état général habituel des sujets chez lesquels on l'observe. On sait en effet, surtout depuis le beau mémoire de Catteloup sur la pneumonie d'Afrique, que l'affection même indépendante du tellurisme n'évolue pas de la même manière chez l'européen non acclimaté, chez l'européen acclimaté, le créole et le noir, et surtout chez les personnes anémiques ou de vigueur amoindrie. La détérioration qu'entraîne une impaludation ancienne doit donc modifier les phénomènes de la phlegmasie et lui imprimer des tendances particulières. Le frisson initial, le point de côté, les crachats rouillés peuvent manquer, la matité et le souffle sont moins accentués que dans les pneumonies ordinaires et les râles crépitants et sous-crépitants semblent dominer davantage : nous avons dit plus haut (anal. path.) que, dans la pneumonie lobaire, le parenchyme pulmonaire était plutôt carnifié qu'hépatisé et l'exsudat de médiocre consistance; nous ajouterons que le processus a généralement tendance à devenir lobulaire, ce qui explique en partie les allures cliniques de l'affection assez comparables à celles de la pneumonie des vieillards. »

Voici, toujours d'après Corre, les éléments différentiels dont on devra tenir compte.

Accès pneumonique.	Pneumonie.
Accès palustres antérieurs.	Pas d'accès antérieurs. Intervention d'une influence climatérique ou saisonnière presque toujours appréciable.
Phénomènes locaux ordinairement plus diffus et moins nets, répondant	Phénomènes locaux plus circonscrits, très nettement accusés, ex-

plus souvent à un processus hypérémique qu'à un processus phlegmasique, et, dans ce dernier cas, moins francs que dans la vraie pneumonie.	pectoration et bruits caractéristiques.
Expectoration dite de crachats rouillés ou jus de pruneaux rare, souffle variable, intermittence ou paroxysme réguliers dans les symptômes.	Plus souvent continuité dans l'ensemble des symptômes avec légères rémissions vespérales.
Evolution éphémère et le plus souvent heureuse.	Evolution moins rapide et pronostic plus fréquemment sévère.
Vomitifs et quinine d'action radicale.	Médication spéciale alcoolique.

2° Comme nous l'avons dit, la fièvre intermittente pneumonique pourrait facilement être confondue avec la pneumonie à reprises de Jaccoud, si l'on ne s'aidait pour éclairer le diagnostic des éléments étiologiques, symptomatiques et thérapeutiques dont nous avons parlé plus haut.

M. Jaccoud, il y a à peine 2 ans, s'exprimait ainsi dans une de ses cliniques à l'Hôpital de la Pitié : « Je me propose de vous entretenir aujourd'hui de l'affection connue sous le nom de fluxion de poitrine, congestion pulmonaire aiguë et de vous faire connaître d'autre part une forme non décrite de la pneumonie à laquelle je crois devoir donner le nom de pneumonie à reprises.

» Cette pneumonie est anormale et l'anomalie consiste en ce que l'évolution, au lieu d'être continue et d'une seule traite, se fait en deux ou trois étapes séparées par des intervalles notables d'apyrexie ; cependant ces interruptions sont assez précoces et

les reprises assez rapides pour que la durée de la maladie n'excède pas celle d'une pneumonie qui suit régulièrement son cours.

Mais il faut insister sur ce point que le processus de la lésion continue pendant les intervalles d'apyrexie, en un mot cette pneumonie n'est à poussées successives que par rapport à la fièvre, nullement par rapport à la lésion. La lésion, au contraire, dans les pneumonies palustres intermittentes est intimement liée au processus fébrile, du moins quant aux symptômes thoraciques que nous avons vus disparaître pendant les périodes d'apyrexie pour reparaître et avec un degré de plus d'intensité dans l'accès suivant. « Dans la pneumonie à reprises, poursuit Jaccoud, pendant l'apyrexie, la lésion ne reste pas stationnaire, elle progresse, de sorte que durant la reprise on constate les signes de l'hépatisation...

» La dénomination de pneumonie à reprises vise donc uniquement la marche de la fièvre et non point celle de la lésion qui suit régulièrement son cours. »

M. Bertrand qui a étudié attentivement cette question s'exprime ainsi dans un article des Archives de médecine navale que nous reproduisons *in extenso* (t. XLV, p. 459).

A PROPOS DE DEUX PNEUMONIQUES. — HYPOTHÈSE

Deux matelots atteints de pneumonie sont entrés dernièrement dans mon service de la salle 9, à l'hôpital de Brest.

Leur histoire clinique, très simple, n'est point banale. On va le voir.

OBSERVATION I

Masson (Arthur), 20 ans, apprenti torpilleur, né à Bourbourg, près de Calais, salle 9, n° 10. Entre à l'hôpital le 26 mars 1886, examen à la contre-visite de 3 heures 30.

Habitus tuberculeux ; se dit malade depuis trois ou quatre jours. Accuse de la courbature et se plaint de n'avoir pas d'appétit. Son billet d'entrée porte le diagnostic : embarras gastrique.

Toux, crachats rouillés, matité, exagération des vibrations thoraciques, expiration soufflante dans la fosse sus-épineuse droite; temp. axillaire 39,3.

27 mars : Le malade se sent beaucoup mieux, les crachats sont moins colorés. Quoique les signes physiques ne soient pas sensiblement modifiés, je considère le processus pneumonique comme terminé, vu la chute de la fièvre. Temp. axillaire, matin 37,7, soir, 37,2.

Le 28 : La nuit a été mauvaise, une dyspnée très forte est survenue qui a nécessité l'application de ventouses sèches; ce matin, la gêne respiratoire est un peu moindre. Céphalalgie, crachats fortement rouillés, mêmes signes physiques; temp. axillaire, matin 39,5, soir 40,2.

Le 29 : Temp. axillaire : matin 40,2, soir 39°.

Le 30 : Temp. axillaire, matin 37,4, soir 37,3.

OBSERVATION II

Heulard (Xavier), 21 ans, apprenti canonnier, né à Valognes (Manche), salle 9, n° 40. Entre à l'hôpital le 7 avril. Est vu à la contre-visite.

Malade depuis deux jours, a eu un frisson violent. Point de côté à droite, pommette droite colorée, toux, crachats gommeux, matité, vibrations exagérées, râles crépitants, expiration soufflante en arrière dans le tiers supérieur de l'hémithorax droit.

Râles ronflants en bas et en arrière des deux côtés ; temp. axillaire, 40,7.

8 avril : temp. axillaire, matin, 37,3, soir, 37.

Le 9 : dyspnée, douleur très vive à droite au-dessous du mamelon, crachats rouillés) souffle intense au sommet droit; temp. axillaire, matin 39,5 soir 38,8.

Le 10 : Temp. axillaire, matin, 40,2, soir 39,8.

Le 11 : Temp. axillaire, matin 36,9. La dyspnée a cessé, crachats sucre de pomme.

Le soir, le thermomètre remonte à 39,8. Que signifie ce chiffre fébrile? Indique-t-il que la chute thermique du matin n'est qu'une crise avortée, ou veut-il dire que le processus pneumonique étant fini, cette réapparition de la fièvre doit être imputée à la bronchite? En tous cas, aucun signe nouveau ne survient du côté de l'appareil circulatoire. Temp. axillaire, matin 38°. soir 37,8.

Le 13 : Temp. axillaire, matin 37,9, soir 37,1.

Le 14 : Temp. axillaire, matin 36,9, soir 37°.

Ces deux observations sont semblables. Mes malades ont été atteints de *pneumonies à poussées successives*. La première poussée touchait à son terme quand ces hommes sont entrés à l'hôpital; la défervescence s'est faite le lendemain et a duré un jour. Puis, deuxième poussée qui évolue en deux jours chez Masson et quatre jours et demi chez Heulard, si l'on admet que la chute thermique du 11 n'est qu'une fausse crise et que les températures des 48 heures suivantes sont sous la dépendance du processus pneumonique.

Ce processus a été tel parce qu'il devait être tel, le traitement étant sans influence sur la marche cyclique imperturbable de la pneumonie. Au reste, la thérapeutique instituée a été des moins compliquées. Bouillon et trois quarts de vin chez les deux sujets; ventouses sèches et potion avec 0,10 de kermès chez Masson; ventouses scarifiées et potion avec 0,30 de poudre d'ipéca infusée et passée chez Heulard.

C'est de l'expectation pure et simple.

Supposons maintenant que ces deux matelots qui ne sont jamais allés aux colonies, qui ne sont pas originaires d'un pays à malaria, qui n'ont jamais antérieurement présenté le moindre symptôme d'impaludisme, aient été observés dans un milieu malarien (*scribo hæc in œre romano*).

Ce qui va se passer est à prévoir.

La défervescence du deuxième jour, la reprise qui la suit éveillent l'attention. Sulfate de quinine : guérison chez l'un 48 heures après ; guérison complète chez l'autre.

Naturam morborum curationes ostendunt.

Pneumonies intermittentes d'origine palustre ou fièvres pernicieuses pneumoniques ; diagnostic d'autant plus justifié en apparence que, dans ces deux observations, l'exaspération fébrile a lieu le matin comme il advient dans les manifestations intermittentes ou rémittentes de nature paludéenne.

Ainsi plus d'une fois a-t-on dû écrire l'histoire..... en médecine.

Je n'ai pas, à l'occasion de ces faits, l'intention de partir en guerre contre l'impaludisme infectieux en général et la pernicieuse pneumonique en particulier.

Libre au lecteur d'en tirer telle conclusion qui lui paraîtra convenable.

Evidemment si ces deux malades avaient été observés dans un milieu malarien, à Rochefort par exemple, nous aurions de suite pensé à une pneumonie palustre et nous aurions vu chez les deux malades une première manifestation de l'agent malarien ; de plus nous aurions institué le traitement quinique et si ce traitement était resté inefficace, nous en aurions conclu que nous n'avions pas affaire à une manifestation de l'impaludisme, les éléments étiologiques étant incertains, les éléments symptomatiques observés pouvant se rencontrer dans des maladies d'origine non paludéenne et enfin l'élément thérapeutique donnant des résultats négatifs.

M. Jaccoud dit bien que « les seuls signes de diagnostic sont les suivants : dans la pneumonie paroxystique non palustre,

les exacerbations n'ont rien de périodique dans leur retour, il n'y a pas de frissons au moment de la reprise fébrile, il n'y a pas de sueurs au moment de la rémission ; or ces trois phénomènes : périodicité, frisson, sueurs, sont constants dans la fièvre palustre pneumonique. » Mais la violence du frisson initial, le stade de sueurs qui accompagne chaque défervescence sont des signes qui n'ont pas toujours une grande valeur pathognomonique de la pneumonie intermittente paludéenne, et, pour notre part, nous avons rarement observé le stade de sueurs accompagnant la défervescence. Quant à la périodicité, sans doute c'est un bon élément symptomatique quand à lui vient surtout se joindre un élément quelconque étiologique.

Pour nous donc, ce n'est pas d'un signe particulier, d'un élément pris à part que nous devons conclure à l'origine palustre d'une affection, c'est de l'ensemble des faits et surtout de la connaissance de l'étiologie et de la notion du milieu. Dans le doute, n'oublions jamais la grande pierre de touche des affections malariennes, le quinquina; bien que certains auteurs aient prétendu que le quinquina pouvait aussi réussir dans certaines pneumonies cycliques du genre de celles qu'on appelait encore pneumonies *a frigore*, nous n'insisterons pas sur ce point. « Il ne faut pas perdre de vue, a dit Laënnec, qu'ici la saignée ne peut guérir une maladie dont la cause reprendra malgré elle une activité nouvelle au bout de quelques heures et que l'expérience, seul juge dont l'autorité ne puisse être contestée, a décidé depuis longtemps que le quinquina est le seul remède efficace contre cette maladie.

Antiphlogistiques et quinquina, voilà le seul traitement efficace dans les manifestations pneumoniques de l'impaludisme.

CONCLUSIONS

De l'exposition qui précède résulte :

1. L'existence de manifestations pneumoniques d'origine exclusivement paludéenne (congestion et inflammation).

2. L'évolution de ces manifestations est intimement liée à celle de la fièvre palustre qui l'accompagne (que celle-ci affecte le type intermittent ou le type rémittent).

3. Etiologiquement parlant ces manifestations s'observent chez des individus ayant déjà subi une forte imprégnation malarienne, c'est-à-dire habitant des pays malariens et y ayant présenté des accidents.

4. L'Inflammation suit généralement la congestion. Entre les deux n'existe qu'une différence de degrés se rattachant à une différence d'intensité ou de continuité de la cause. Toutes deux sont corrélatives de l'état fébrile, elles en suivent la marche et les allures.

5. Le sulfate de quinine a en général raison de ces pneumonies palustres.

6. Il n'est guère possible de les confondre avec les formes ordinaires de la pneumonie ; la confusion n'est guère possible qu'avec les formes de pneumonie à reprises de Jaccoud. L'élément étiologique éclairera le diagnostic en même temps que l'élément thérapeutique.

Vu : *le Doyen*,
A. PITRES.

Vu, bon a imprimer :
Bordeaux, le 13 juillet 1889,
Le Président de la thèse,
G. MORACHE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 15 juillet 1889.
le Recteur,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Laennec. — Traité de l'auscultation, p. 317, 1879.

Bertrand. — *Archives de Méd. nav.*, XLV, p. 459, 1886.

Grisolle. — Pathol. Int. t. I, p. 404, 1865.

Oras. — Fièvre pernicieuse pneumonique; t. 2, p. 133, 1864.

Constant. — *Bulletin de Thérapeutique;* t. XLIII, p. 481, 1851.

Corre. — Traité des maladies des pays chauds; p. 322, 363, 399, 438.

Planté. — Thèse de Bordeaux, 1886.

Jaccoud. — Cliniques.

Saillard. — De la fièvre pernicieuse pneumonique ; Th. de Paris, 1860.

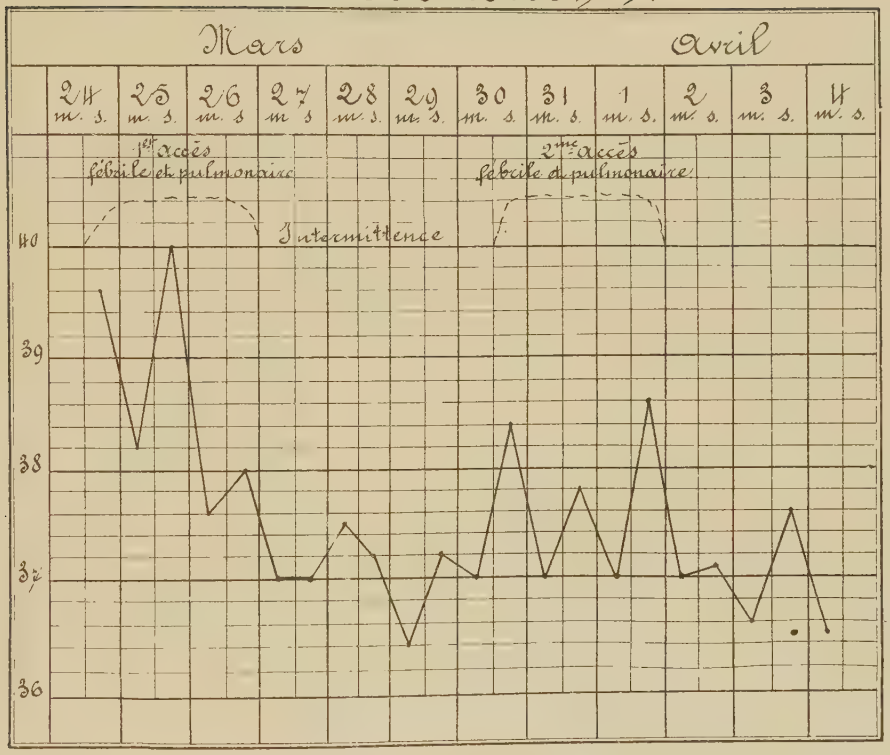
Maurel. — Traité du paludisme, 1883.

Catteloup. — De la pneumonie d'Afrique; t. II, p. 268, 1753.

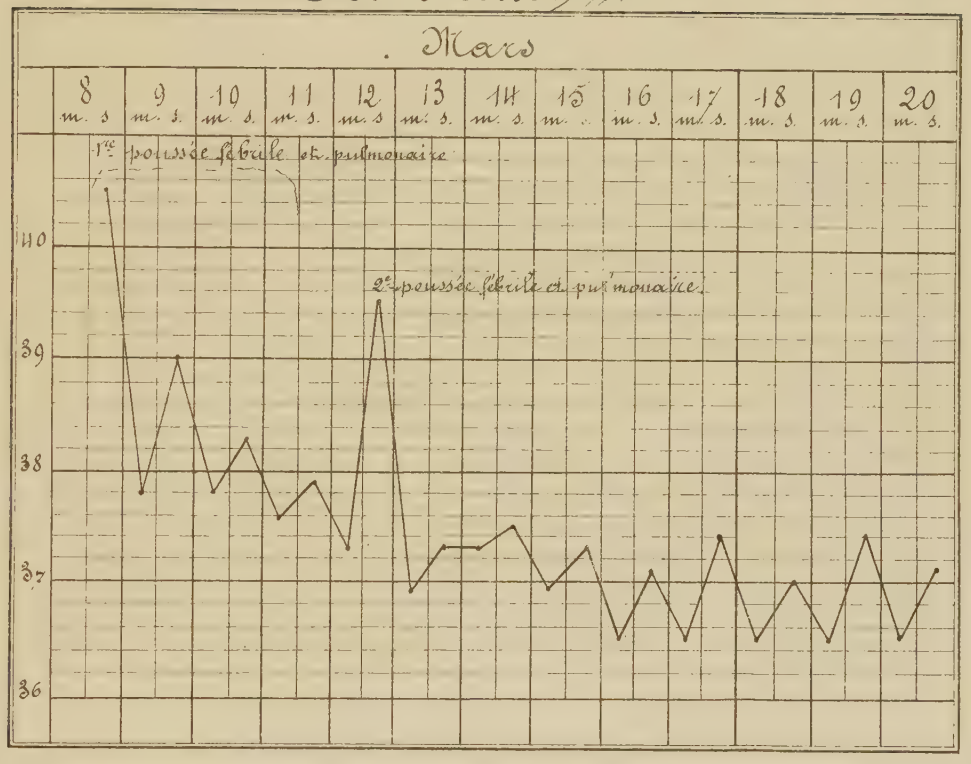
Pageaud. — Th. Montp., 1889.

13,612. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.

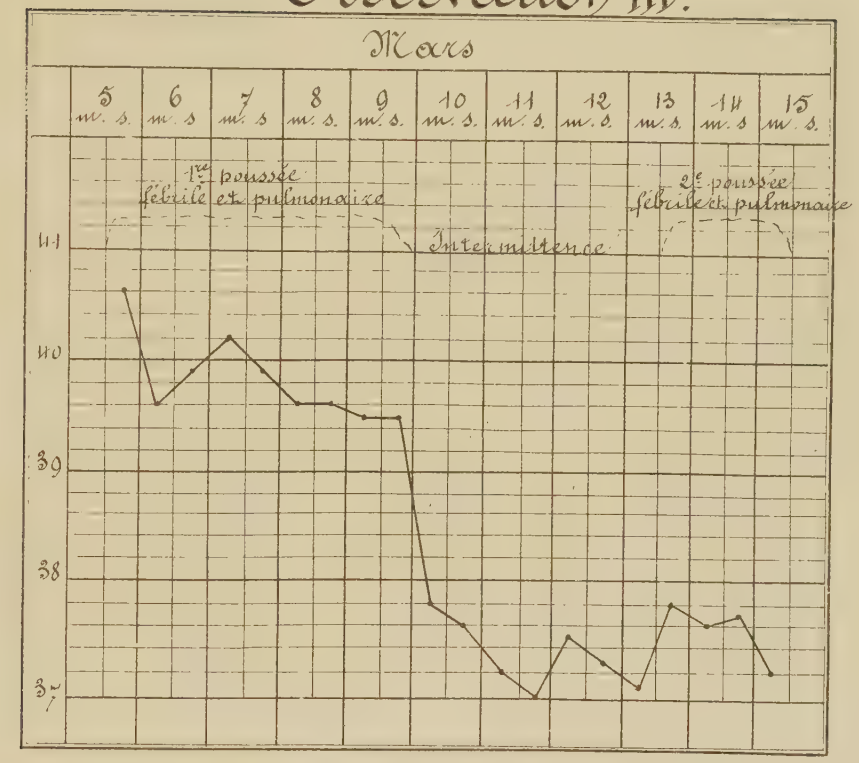
Observation I.



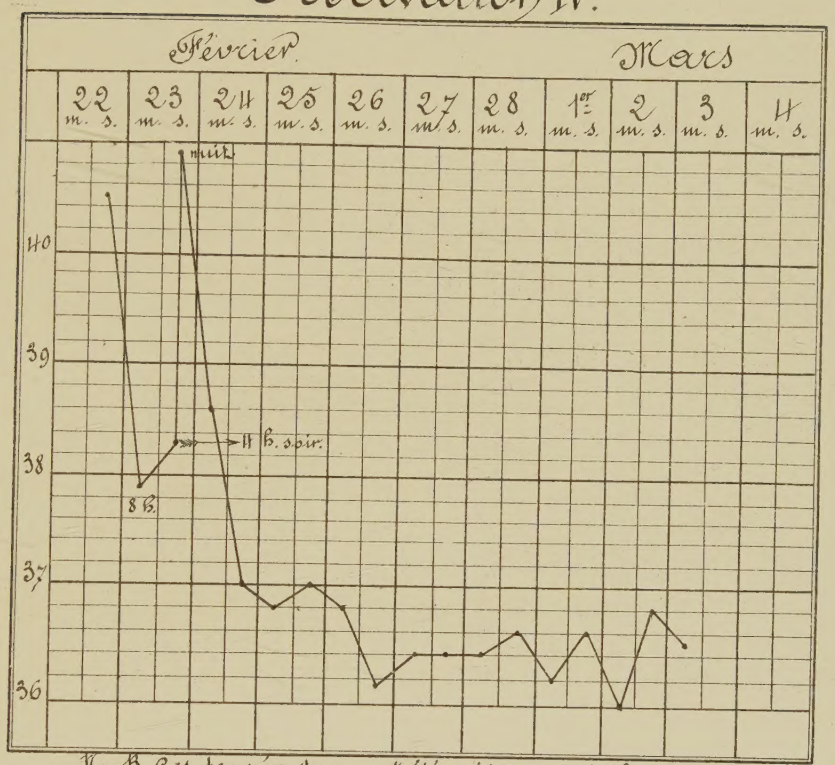
Observation II.



Observation III.



Observation IV.



N. B. Ces températures ont été prises avec 2 thermomètres.